

**DEPARTAMENTO DE AYUDA PÚBLICA DE ILLINOIS
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR O DIVULGAR INFORMACIÓN**

AVISO:

- La ley Federal indica que la Agencia no puede compartir la información de su salud personal sin su permiso, excepto en ciertas situaciones. Si usted firma este formulario, usted le da permiso al Departamento de Ayuda Pública de Illinois para compartir la información de su salud que tiene el Departamento de Ayuda Pública de Illinois con la persona que usted indica a continuación.
- Esta autorización es voluntaria.
- **Derecho de Revocación:** Si usted decide que ya no desea que el Departamento de Ayuda Pública de Illinois comparta la información de su salud, firme la Revocación al final de este formulario y entregue el formulario al Departamento de Ayuda Pública de Illinois. Si el Departamento de Ayuda Pública de Illinois ha compartido la información de su salud para un estudio de investigación, el Departamento de Ayuda Pública de Illinois puede continuar el uso o compartir la información de su salud solamente para ese propósito.
- El pago, registraci3n o elegibilidad para beneficios de cuidado de su salud no ser3n afectados si usted no firma esta autorizaci3n, a menos que la revelaci3n sea para determinaciones de elegibilidad o registraci3n o para determinaciones de riesgo.
- El Departamento de Ayuda Pública de Illinois no puede prometer que la persona que usted permite que el Departamento de Ayuda Pública de Illinois comparta la informaci3n de su salud, no comparta la informaci3n de su salud con alguien que usted no quisiera compartir la informaci3n de su salud.
- Usted puede guardar una copia de esta Autorizaci3n y puede llamar al Oficial de Privacidad del Departamento de Ayuda Pública para obtener una copia si usted no tiene una.

Mi nombre: Fecha de Nac:

Número de Seguro Social

Número de Identificaci3n del Beneficiario (RIN):

Yo doy permiso al: **Departamento de Ayuda Pública de Illinois** para que comparta mi informaci3n de salud con:

.....

para que el/ella me ayude con los asuntos de cuidado de mi salud.

El Departamento de Ayuda Pública de Illinois puede compartir la informaci3n de mi salud por un ańo desde la fecha en este formulario de autorizaci3n o hasta que yo revoque la autorizaci3n

Yo quiero que el Departamento de Ayuda Pública de Illinois comparta esta informaci3n de salud con:

(marque todos las casillas que apliquen)

- Toda la informaci3n de mi salud
- Informaci3n sobre las recetas m3dicas que cubre el seguro
- La informaci3n de mi salud referente al sńndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o al virus de inmunodeficiencia humana (HIV)
- La informaci3n de mi salud referente a tratamiento de alcohol y / o abuso de sustancias
- La informaci3n de mi salud referente a los servicios de salud de la conducta o cuidado psiqui3trico
- Otro:

Este formulario tiene que ser firmado por el cliente o el Representante Personal. El padre / madre del beneficiario debe firmar por el beneficiario si el beneficiario es menor de edad.

Firma del Beneficiario.....Fecha:

Si este formulario es firmado por el Representante Personal, por favor incluya una copia del documento que nombra al Representante Personal, por ejemplo, Poder de Abogado, Formulario de Designaci3n del Representante Personal, u orden nombrando a un tutor o ejecutor.

Firma del Representante Personal: Fecha:

Parentesco con el Representante Personal:

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:

Yo ya no quiero que el **Departamento de Ayuda Pública de Illinois** comparta la información de mi salud con la persona nombrada arriba.

Mi nombre:
(Escriba en letra de molde)

Número de Seguro Social

Firma: Fecha:

Envíe este formulario de **Autorización**
o **Revocación de Autorización** a:

Privacy Officer
Illinois Department of Public Aid
P.O. Box 19159
Springfield, IL 62794-9159
Fax: 1-312-793-2005

Comuníquese con el Oficial de Privacidad del
Departamento de Ayuda Pública de Illinois:

P.O. Box 19159
Springfield, IL 62794-9159
Teléfono: 1-800-226-0768 (llamada gratis)
(Línea de Información de Beneficios de Salud)

TTY: 1-877-204-1012, llamada gratis para las
personas que usan un teletipo
Fax: 1-312-793-2005
e-mail: privacyofficer@mail.idpa.state.il.us